Wrocław, dnia ……………………

……………………………………………………………………………………

***(tytuł, imię, nazwisko)***

……………………………………………………………………………………

***(adres zamieszkania)***

……………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

**zgoda na przekazywanie wynagrodzenia na konto**

Wyrażam zgodę na przekazywanie mojego wynagrodzenia oraz innych świadczeń pieniężnych   
ze stosunku pracy przez **Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu** na konto:

**Nazwa banku**

…………………………………………………………………………………………………………..

**Nr konta**

……………………………………………………………………………………………………….....

***W przypadku zmiany obecnej sytuacji****, potwierdzonej przeze mnie w niniejszym oświadczeniu, zobowiązuję się* ***niezwłocznie*** *do złożenia w Dziale Płac Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu* ***uaktualnionego oświadczenia.***

...............................................................   
(podpis pracownika)